

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Ludmila Pöllnerová

Název závěrečné práce

Ošetřovatelská kazuistika u pacientky s Crohnovou chorobou.

Nursing casuistry about the patient with Crohn's disease.

Ošetřovatelská kazuistika

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce

Mgr. Iva Šafránková

Datum práce

Praha, 10.5.2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze, 10.5.2009

.....

Pöllnerová Ludmila

Poděkování

Děkuji tímto Mgr. Ivě Šafránkové za vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při sestavování mé bakalářské práce.

V Praze, 10.5.2009

Obsah:

A. Úvod	5
B. Klinická část	6
1. Charakteristika onemocnění	6
2. Identifikační údaje	13
3. Lékařské anamnézy a diagnózy	14
3.1 Lékařská anamnéza	14
3.2 Lékařské diagnózy	16
4. Diagnosticko-terapeutická péče	17
4.1 Diagnostika	17
4.2 Terapeutická péče	19
5. Stručný průběh hospitalizace	23
C. Ošetrovatelská část	24
1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacientky	24
1.1 Subjektivní náhled na hospitalizaci	24
1.2 Základní somatické potřeby	24
1.3 Psychosociální potřeby	29
2. Ošetrovatelské diagnózy	33
3. Cíl, plán, realizace, hodnocení	34
4. Edukace	43
5. Ošetrovatelský závěr a prognóza	44
D. Zdroje informací	45
E. Použitá literatura	46
F. Přehled použitých zkratk	47
G. Přílohy	

A. Úvod

Crohnovu chorobu jako téma své bakalářské práce jsem volila vzhledem k faktu, že pracuji na gastroenterologické jednotce intenzivní péče a často ošetřuji klienty s touto diagnózou. Ačkoli jde o onemocnění celoživotní, klienti jsou velice často schopni žít zcela plnohodnotný život i v pokročilém stádiu této choroby. K léčbě dnes velmi pomáhá domácí parenterální výživa. Pacienti jsou zaučeni na specializovaných klinikách, ke kterým také patří JIP II. interní kliniky Fakultní Thomayerovy nemocnice, kde pracuji.

B. Klinická část

1. Charakteristika onemocnění

1.1 Crohnova choroba

Onemocnění popsali v roce 1932 Crohn, Ginsburg a Oppenheimer jako regionální ileitidu (častá lokalizace tohoto onemocnění).

Definice: chronický nespecifický zánět postihující diskontinuálním způsobem trávicí trubici. Postižena může být kterákoli část trávicí trubice. Zánět proniká celou stěnou, nezávisle je granulomatózní povahy.

Výskyt: jsou značné geografické rozdíly. Zejména v průmyslově vyspělých zemích severní polokoule je toto onemocnění zřetelně častější, v posledních letech ho nepochybně přibývá. Prevalence je asi 20:100 000.

Etiologie a patogeneze: příčina není známa. V posledních letech je zájem soustředěn na imunitní mechanismy, jelikož je zřejmé, že ať je příčina jakákoli, je to lokální imunitní odpověď, která je příčinou poškození tkáně. Není ani jasné, zda jde o abnormální odpověď na minimální antigenní podnět, či zda jde o přiměřenou odpověď na abnormálně zvýšenou antigenní stimulaci.

Zřetelnou úlohu má genetická složka. U 10-20% nemocných lze prokázat u pokrevních příbuzných nespecifický střevní zánět. Výskyt nespecifických střevních zánětů v rodinách nemocných je mnohonásobně vyšší, než by odpovídalo výskytu v populaci. V souladu s tím, je i vyšší konkordance ve výskytu onemocnění u monozygotních dvojčat. Častější je výskyt určitých histokompatibilních znaků u nemocných s Crohnovou nemocí (HLA-DR2, DR4, BW35). Typ dědičnosti nebyl stanoven, nejspíše se předpokládá polygenní typ dědičnosti.

Lze předpokládat, že u jedinců s určitou genetickou výbavou může interakce s některými vlivy zevního prostředí vést k poškození určitým typickým způsobem. Velká pozornost je věnována působení atypických mykobakterií (*M. paratuberculosis*) a mikrovaskulárním změnám podmíněným infekcí spalničkovým virem. Snesené důkazy o vlivu těchto faktorů jsou nápadné, nikoli však jednoznačné.

Z dalších faktorů zevního prostředí se obviňuje nedostatek vlákniny, nadbytek rafinovaného cukru, kouření (prokazatelně vyšší výskyt m. Crohn u kuřáků, na rozdíl od ulcerózní kolitidy, při níž kouření je jakýmsi protektivním faktorem).

Laboratorní nálezy ukazují, že aktivovaná, buňkami zprostředkovaná vystupňovaná imunitní odpověď má významnou úlohu (makrofágy, interleukin 2, interferon γ , aktivované lymfocyty). Zůstává však nerozhodnuto, zda změněné parametry imunitní odpovědi jsou primární, nebo jsou vyvolány jiným patogenetickým mechanismem.

Patologický náález: onemocnění postihuje segmentálně jen některé úseky trávicí trubice, které se střídají s úseky nepostiženými.

Nejčastěji je postiženo terminální ileum a přilehlé cékum (ileokolitida- přes 50% případů). Může být postiženo samotné tlusté střevo (Crohnova kolitida- 20%). Orální část trávicí trubice bývá postižena vzácně (pod 5%).

Zánět je transmurální, proniká k seróze a do přilehlých uzlin. Typickým projevem je aftózní vřed, který připomíná kokardu (bělavý střed, zarudlý lem). Tato léze vzniká nad lymfatickým folikulem, jehož buňky jeví značnou aktivaci. Prosáklá, zarudlá sliznice je rozdělena hlubokými fisurami, takže má vzhled hrubých dlažebních kostek. Pronikáním trhlin k seróze vznikají píštěle (enteroenterální, enterovaginální, enterovezikální, perianální aj.). Píštěle jsou pro Crohnovu nemoc příznačné.

Asi v 50% případů jsou prokazatelné granulomy s buňkami Langhansova typu, které však nikdy nekazeifikují (na rozdíl od tbc granulomů). Histologické změny lze prokázat také v úsecích makroskopicky normálních.

Klinický obraz: onemocnění postihuje většinou osoby mladší, nejčastěji mezi 20. až 30. rokem.

Klinický průběh může být pestrý:

akutní začátek napodobuje akutní apendicitidu, postihuje terminální ileum. Většina zpočátku akutně nemocných se vyhojí. Jde pravděpodobně o infekční ileitidu vyvolanou bakteriemi. Asi 10-20% nemocných přejde do chronického stadia;

většinou onemocnění probíhá chronicky:

příznačný je vleklý průjem (3-6 stolic, většinou bez krve). Bolesti v podbřišku či v pravém dolním kvadrantu břicha, hubnutí, únava, subfebrilie až febrilie.

v případech s význačnými stenózami jsou bolesti až kolikovitě, rozvíjí se obraz subileózního stavu (vzednutí břicha, zástava plynů a stolice). Často se takový stav spontánně upraví;

při vzácném rozsáhlém postižení tenkého střeva může vzniknout malabsorpční syndrom;

u některých nemocných dominují extraintestinální projevy (artralgie, iridocyklitida, erythema nodosum). Ty jsou shodné s obdobnými projevy u ulcerózní kolitidy;

pro Crohnovu chorobu je příznačný vznik píštělí. Recidivující perianální píštěle nutí myslet na tuto možnost.

V objektivním nálezu může být palpační citlivost až bolestivost nebo hmatná tuhá rezistence v pravém dolním břišním kvadrantu (zánětlivě slepený konvolut střevních kliček).

Vyšetření a diagnóza: sekundární anemie a sideropenie jsou časté, urychlená sedimentace červených krvinek. Může být hypokalémie a hypalbuminémie.

Pro diagnózu je rozhodující rtg tenkého střeva (enteroklýza), při němž lze pozorovat stenotické úseky s prestenotickou dilatací, píštěle, reliéf sliznice typu dlažebních kostek. Někdy terminální ileum lépe zobrazí irigoskopie, která umožní posoudit i stav tlustého střeva. Ultrasonografie, jako vstupní neinvazivní vyšetření, může být přínosná v rozpoznání postižení zejména tenkého střeva Crohnovou nemocí. Význam má i v diagnostice komplikací tohoto onemocnění.

Pro diagnózu Crohnovy kolitidy je však rozhodující koloskopie. Touto cestou lze v řadě případů dosáhnout i terminálního ileum a provést bioptické ověření.

Průběh: je chronický, období aktivity se střídají se stadii klidu. U některých nemocných je aktivita mírná, onemocnění neprogreduje. U jiných je však zánět stále aktivní, onemocnění může progredovat a zachvacovat další segmenty trávicí trubice. I po operaci může dojít k postižení do té doby zdravého úseku.

Za známky aktivity choroby pokládáme frekventní průjemové stolice, teploty, hubnutí, extraintestinální projevy, zřetelně nenormální laboratorní nálezy (FW, anémie, patologické hodnoty CRP, hypalbuminémie) a nutnost podávat vyšší dávky léků (glukokortikoidů).

Komplikace:

Střevní: zahrnují střevní obstrukce, subileus až ileus; píštěle do sousedních orgánů. Nejčastější jsou píštěle perianální.

Extraintestinální: je do značné míry věcí názoru, zda následující projevy onemocnění zařadíme mezi komplikace nebo mezi extraintestinální projevy nemoci: polyartralgie až artritidy, episkleritida, erythema nodosum, aftózní stomatitida.

Aktivita těchto projevů jde většinou souběžně s aktivitou střevního zánětu. Extraintestinální komplikace jsou 2x častější, je-li Crohnovou nemocí postiženo též tlusté střevo.

Následující komplikace jsou sice sdruženy s Crohnovou chorobou, ale mívají průběh na základním onemocnění dosti nezávislý: sklerotizující cholangitida, ankylózuující spondylartritida, uveitida.

Další komplikace související s poruchou fyziologické funkce střeva, nebo jsou důsledkem dlouhotrvajícího zánětlivého onemocnění: cholelithiasis (až ve 30%); jde o malabsorpci žlučových kyselin v terminálním ileu, oxalátová urolitáza, amyloidóza ledvin.

Diferenciální diagnóza: nutno uvážit zejména akutní apendicitidu, lymfom tenkého střeva, tuberkulózu střev (u nás vzácná), aktinomykózu, postižení adnex u žen. U kolitického postižení uvažujeme o ulcerózní kolitidě, popřípadě o ischemické kolitidě.

Terapie: specifická léčba neexistuje. Volba léků závisí na lokalizaci procesu, rozsahu postižení a na aktivitě nemoci. U všech nemocných obecně šetřící režim s tělesnou aktivitou podle individuálně posouzeného celkového stavu.

Stravu volíme energeticky a skladbou hodnotnou, se zastoupením všech složek. U stenózujících procesů jsou velmi opatrní na hrubé nestavitelné zbytky. Respektujeme individuální potravinové intolerance.

Léčba se řídí podle aktivity onemocnění s přihlédnutím k lokalizaci a rozsahu postižení:

V klidovém stadiu, při malých klinických projevech, je základem léčby mesalazin. Volíme takové preparáty, které mají kinetiku odpovídající lokalizaci procesu. Při postižení orálnějších částí tenkého střeva volíme přípravky, u kterých se účinná látka uvolňuje v tenkém střevě (Pentasa). Při postižení ileocekální oblasti i jiné přípravky s mesalazinem. U Crohnovy kolitidy rovněž perorální mesalazin, popřípadě v klyzmatech (podle lokalizace procesu), někdy se osvědčuje sulfasalazin.

Při proktitidě nebo levostranné kolitidě jsou velmi účinné lokální aplikační formy mesalazinu-čípky a klyzmata. Ale i u této formy je zdůvodnitelné současné podávání mesalazinu p.o.

Při rozsáhlejšímu postižení a vyšší aktivitě podáváme glukokortikoidy, zpočátku v nárazu 60 až 80 mg denně s postupnou redukcí dávky (přibližně o 10 mg týdně). Vzhledem k riziku vážných nežádoucích účinků je třeba jejich preskripci pečlivě uvážit. Nejsou vhodné k udržovací léčbě.

Glukokortikoidy se sníženým celkovým účinkem jsou novou lékovou skupinou, která se uplatňuje v léčbě nespecifických střevních zánětů vhodněji než klasické kortikoidy. Tyto látky (budesonid a tixokortol pivalát aj.) se omezeně vstřebávají a jsou vydatně metabolizovány již při prvním průchodu játry. Jsou vyvinuty jak lokální, tak perorální aplikační formy. Jejich účinek je srovnatelný s prednisonem, mají však podstatně méně nežádoucích účinků.

U nemocných s těžkým postižením, s dlouhotrvající vysokou aktivitou onemocnění nebo s výraznými extraintestinálními projevy přidáváme imunosupresiva v dávkách, které působí více protizánětlivě než imunosupresivně. Jejich podávání umožňuje snížit dávku glukokortikoidů. Působí též v případech, kdy obvyklá terapie nemá dostatečný účinek. Při léčbě imunosupresivy je třeba mít na mysli, že se jejich účinek projeví až po 6-8 týdnech léčby.

Zejména při píštělích se osvědčuje metronidazol, popřípadě širokospektré antimikrobiální léky. Antibiotika jsou rovněž indikována při zřejmé bakteriální superinfekci a perakutně probíhajících formách.

Z novějších léků v terapii Crohnovy choroby byla prokázána zřetelná účinnost protilátek proti tumor nekrotizujícímu faktoru, označovaných též jako cA2. Efekt této léčby u ulcerózní kolitidy není tak průkazný.

Chirurgická terapie- je indikována:

při selhání konzervativní terapie;

při vzniku píštělí do sousedních orgánů, ale též u rezistentních perianálních píštělí;

při subileózních až ileózních stavech;

při nezvládnutelných systémových komplikacích.

V průběhu let se chirurgické léčbě podrobí nejméně 50% nemocných. I po operaci však dochází k recidivám. Platí zásada, že chirurg by měl být co nejkonzervativnější. U stenózujících procesů je vhodnější provést mikroincizi stenóz, tzv. strikturoplastiku, než střevo resekovat.

Rozhodnutí o léčbě u každého nemocného musí být individuální, nejlépe ve spolupráci gastroenterologa s chirurgem.

Složitost terapie této choroby vyjádřil s jistou mírou nadsázky anglický chirurg Alexander Williams slovy: „V léčbě Crohnovy choroby je internista nemohoucí, chirurg nebezpečný a bůh milosrdný.“⁽¹⁾

1.2 Syndrom krátkého střeva

Jde o malabsorpční syndrom vzniklý redukcí absorpční plochy. Dochází k němu po rozsáhlých resekcích tenkého střeva pro trombózu mezenterické žíly, po traumatech, pro **Crohnovu nemoc**. K udržení enterální výživy je třeba ponechat alespoň 60 cm tenkého střeva, jestliže je zachována ileocekální chlopeč a duodenum. Resekce ileocekální chlopeč situaci podstatně zhoršuje. V této situaci již ztráta 25% tenkého střeva vede ke zřetelným průjmům.

Klinický obraz: dominují průjmy, někdy masivní.

Terapie: spočívá v dlouhodobé komplexní substituční léčbě perorální, enterální nebo parenterální.⁽²⁾

1.3 Ošetrovatelská péče

- sledování fyziologických funkcí
- sledování četnosti stolic (barva, tvar, příměsí, množství)
- sledování laboratorních hodnot
- sledování příjmu potravy
- kontrola dodržování léčebného režimu
- monitorování odezvy na léčbu
- sledování váhy pacienta
- podávání léků dle ordinace lékaře
- kontrolování průchodnosti sond
- ošetřování sond a invazivních vstupů
- předcházení infekci
- dodržování aseptických postupů
- pomoc klientovi s úpravou životosprávy
- sledování funkce ledvin
- pomoc klientovi se vyrovnat se změnami, které nemoc přináší

¹⁾ Klener, P. et al.: *Vnitřní lékařství*, 3. vydání, Praha: Galén, 2006, s. 484

²⁾ Klener, P. et al.: *Vnitřní lékařství*, 3. vydání, Praha: Galén, 2006, s. 478

1.4 Prognóza

Prognóza idiopatických střevních zánětů je podmíněna následujícími faktory: 1. odpovědí na konzervativní léčbu, 2. frekvencemi spontánních remisí, jejich délkou a udržením, 3. potřebou prolongované konzervativní léčby, 4. nutností chirurgického výkonu a ev. rekurencí po operaci, 5. komplikacemi a extraintestinálními manifestacemi, 6. rizikem vzniku neoplazií, 7. možnou extenzí kolitidy, 8. lehce zvýšenou mortalitou na idiopatické střevní záněty.

Prognóza Crohnovy nemoci je závislá na oblasti a rozsahu postižení střeva a na komplikacích. Průměrně 50% (dle jiných 85–90%) nemocných vyžaduje chirurgické řešení. Z nich pak 50% vyžaduje druhý zákrok a z těch opět u 50% je nutný třetí výkon.

Kvalita života je u nemocných s Crohnovou nemocí poněkud nižší než u nemocných s ulcerózní kolitidou, protože Crohnova nemoc je obecně na léčbu rezistentnější, mívá častější komplikace a chirurgický výkon nemusí onemocnění definitivně řešit.⁽³⁾

³⁾ Kohout, P. a Pavlíčková, J.: *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*, 2. vydání, Praha: Forsapi, 2006, s. 13

2. Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M. M.

Oslovení: paní M.

Věk: 57 let

Rodinný stav: vdaná

Vzdělání: základní

Dřívější povolání: pracovnice v zemědělství- dojička krav

Povolání nyní: invalidní důchodkyně

Adresa: Dačice

Národnost: ČR

Pojišťovna: 111

Vyznání: žádné

Kontaktní osoby: manžel

Hlavní důvod hospitalizace

Přijata k parenterální výživě a přípravě na domácí parenterální výživu.

Hospitalizována od 5.4.2009

Pacientku jsem ošetřovala: 6.4., 7.4., 8.4., 9.4., 10.4.2009

3. Lékařská anamnéza a diagnózy

3.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza: Běžné dětské nemoci, ICHS, St.p.plicní embolizaci v prosinci 2007, toho času antiagregace.

Crohnova choroba, původně terapie kortikoidy kombinovanými se Sulfasalazinem (kortikoidy vysazeny pro těžkou osteoporozu), od roku 1991 (Salofalk, následně Pentasa a Imuran), Syndrom krátkého střeva pro M. Crohn (4x), st.p.pravostrané hemikolektomii (1990), st.p.resekcii ileotransverso-anastomosis (2000), reziduál. délka tenkého střeva 70cm, Recidiv. těžký minerální rozvrat s nutností hospitalizace (3x), St.p. akutním renálním selháním při metabolickém rozvratu s metabolickou acidosou, t.č. již chronická renální insuficience, Sekundární sideropenická anemie, Graves-Basedowova choroba s primární thyreotoxikozou na terapii, osteoporosa.

Sociální anamnéza: Pacientka bydlí se svým manželem v rodinném domě. K domu náleží i malé hospodářství a rozsáhlá zahrada.

Pracovní anamnéza: Ukončené základní vzdělání. Zaměstnána byla v zemědělství jako dojička krav. Nyní v invalidním důchodu.

Rodinná anamnéza: Otec prodělal cévní mozkovou příhodu. Bratr zemřel na cévní mozkovou příhodu v 53 letech. Matka zdráva.

Alergická anamnéza: neudává

Abusus: Alkohol klientka nepije. Exkuřák od roku 2007, do té doby cca 15 cigaret denně.

Gynekologická anamnéza: Menarche od 12 let, tři porody, jedno umělé přerušování. Menopauza od 50 let. Gynekologa již nenavštěvuje, subjektivně se cítí bez obtíží.

Farmakologická anamnéza:

Léky per os:

Biomin H	1 – 0 – 1
Rocartrol 0,25mg	1 – 0 – 0
Calcium Carbonikum	2 – 2 – 2
Furon 40mg	1 – 0 – 0
Godasal 100mg	0 – 1 – 0
Verospiron tbl.	2 – 2 – 2
Vitar soda 1g	2 – 2 – 2– 2
Acidum folicum	1 – 0 – 0
Aktiferrin	1 – 1 – 1
Omeprazol 20mg	1 – 0 – 1
Pentasa 500mg	2 – 2 – 2
Imuran tbl.	1 – 0 – 0
Carbimazol tbl.	1 – 0 – 1

Nynější onemocnění: Pacientka s těžkou malnutricí při syndromu krátkého střeva po resekcích při Crohnově chorobě, stav po akutním ledvinném selhání, t.č. chronické selhání ledvin, byla přijata k parenterální výživě a přípravě na domácí parenterální výživu na JIP.

Objektivní nález: Pacientka je při vědomí, orientovaná časem i místem, spolupracuje, kontakt dobrý, poloha aktivní, kůže anikterická, bez aflorescencí, turgor kožní nízký, proteinokalorická malnutrice, kachexie, subhydratace, eupnoe.

Hlava: mesocefalická, poklepově nebolestivá, uši a nos bez výtoku, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, skléry bílé, izokorie, fotoreakce správná, spojivky růžové, jazyk plazí ve střední rovině, růžový, oschlý, nepovlečený, hrdlo klidné. **Krk:** volný, symetrický, šíje neopouje, náplň jugulárních žil přiměřená, pulzace arteria carotis hmatná symetricky, štítná žláza nezvětšená, uzliny nezvětšené. **Hrudník:** souměrný, dechové exkurze symetrické, prsy bez rezistence, dýchání poslechově sklípkové, čisté, plíce rozvinuté, akce srdeční pravidelná, ozvy zvukné, ohraničené. **Břicho:** v úrovni hrudníku, dechová vlna postupuje v celém rozsahu, na kůži četné, pevné jizvy po operačních

výkonech, palpačně břicho měkké, volně prohmatné, poklep diferencovaně bubínkový, nebolestivý, bez palpační bolestivosti, bez známek peritoneálního dráždění, bez hmatné rezistence, játra v oblouku, poslechově klidná, nepřekážková peristaltika, per rektum v dosahu prstu bez patologického nálezu. Dolní končetiny: bez otoků, bez trofických změn kůže, pulzace bilaterálně, lýtka měkká, volná, nebolestivá.

Tlak krve – 120/60, puls – 72', tělesná teplota 36,5°C, výška 160 cm, váha 39 kg, BMI- 15,2. (2)

3.2 Lékařské diagnózy

3.2.1 Základní lékařské diagnózy

- Crohnova choroba
- Chronické selhání ledvin

3.2.2 Vedlejší lékařské diagnózy

- Plicní embolizace bez akutního cor pulmonále
- Tyreotoxikóza
- Neurčitá podvýživa
- Sekundární chronická posthemoragická anémie
- Hypokalémie

(2)

4. Diagnosticko – terapeutická péče

4.1 Diagnostika

4.1.1 Fyziologické funkce

5.4. při příjmu

11⁰⁰ TK 120/62, P 76', TT 36,5°C

FF z 5.4. – příloha č.2

FF z 6.4. – příloha č.3

FF z 7.4. – příloha č.4

FF z 8.4. – příloha č.5

FF z 9.4. – příloha č.6

FF z 10.4. - příloha č.7

Antropometrické údaje:

Váha – 39 kg

Výška – 160 cm

BMI – 15,2- těžká podvýživa

4.1.2 Laboratorní vyšetření

Červeně zvýrazněny – zvýšené laboratorní hodnoty

Modře zvýrazněny – snížené laboratorní hodnoty

Tabulka č.1 Krevní obraz

	5.4.	6.4.	7.4.	8.4.	Referenční hodnoty
Leukocyty	7,8	6,4	5,5	8,5	3,9 – 10. 10 ⁹ /l
Erytrocyty	2,67	2,32	2,08	2,2	3,60 – 5 . 10 ¹² /l
Hemoglobin	81	72	65	70	120 – 160 g/l
Hematokrit	0,244	0,213	0,193	0,204	0,340 – 0,460 l/l
Destičky	156	131	118	131	150 – 400 10 ⁹ /l

Tabulka č.2 Srážlivost

	Hodnoty z 5.4.	Hodnoty z 6.4.	Hodnoty z 9.4.	Referenční mez
QUICK	18,3	16,2	12,1	10,5-13,5 sec
INR	1,57	1,35	0,93	0,9-1,2 I.U.

Tabulka č.3 Biochemie

Datum	5.4.	6.4.	7.4.	7.4.	10.4.	Referenční hodnoty
Hodina	17:00	7:00	7:00	17:00	7:00	
Urea	4,8	4,2	3,6	3,1	3,2	2,5-8,0 mmol/l
Kreatinin	145	124	115	113	108	60-110 umol/l
Na	137	137	137	136	143	137-144 mmol/l
K	2,2	3,8	3,1	3,6	4,5	3,6-4,9 mmol/l
Cl	116	121	117	117	117	97-108 mmol/l
Ca	1,52	1,55	1,42	1,48	1,37	2,20-2,60 mmol/l
P	1,08	0,64	0,48	2,55	2,14	0,60-1,65 mmol/l
Bilirubin	3	6				5,0-20 umol/l
ALT	0,28	0,24				0,25-0,75 ukat/l
AST	0,4	0,4				0,30-0,75 ukat/l
ALP	1,9	1,6				0,60-2,60 ukat/l
CRP	5,6	3,5				0,0-3,0 mg/l
Albumin	24,7	21,2				36-53 g/l
Prealbumin	0,09					0,18-0,40 g/l
glykemie		3,9		4,6		3,7-6,4 mmol/l

Astrup kapilární z 5.4. a 10.4. v referenčních mezích.

Moč chemicky plus sediment byla v referenčních mezích.

4.1.3 Další diagnostická vyšetření

EKG

Vyšetřeno v rámci příjmových vyšetření **5.4.** Bez patologie.

RTG srdce a plíce

Provedeno **5.4.** jako kontrola po zavedení CŽK.

Závěr: Obě plicní křídla rozvinuta, plicní parenchym bez ložiskových změn, bránice hladká, k.f. úhly volné, stín srdce a mediastina nerozšířen. CŽK zavedený cestou v. subclavia l. sin. končí hluboko

v HDŽ. Možno povytáhnout o 1,5 cm. Drobný aterom v oblouku aorty, známky PNO nejsou patrný.

10.4. kontrola po zavedení Broviac katétru.

Závěr: Ve srovnání s nálezem z 5.4. opět v plicním parenchymu čerstvé ložiskové změny nejsou patrný, kresba hilová a plicní přiměřená, bránice hladká, k.f. úhly volné. Stín srdce nezvětšen. CŽK zavedený cestou v. subclavia l. sin. končí v HDŽ. Zavedený nový CŽK cestou v. subclavia l. dx., který směřuje do v. subclavia l. sin. PNO není patrný.

Břišní ultrasonografie

6.4. Závěr: St.p. CHE.

Hemokultury z 8.4. po pomnožení Staphylococcus aureus (2)

4.2 Terapeutická péče

4.2.1 Invazivní vstupy

Centrální žilní katétry

5.4. U pacientky byl zaveden CŽK cestou v. subclavia l. sin. na 20 centimetrech. Vstup byl kryt Inadinem a průhlednou folií. V následujících dnech byl katétr podle potřeby převazován, nejpozději však každý třetí den.

9.4. Byl klientce zaveden Broviacův katétr. Uzavřen 80mg Gentamycinovým můstkem a zatím nepoužívám.

Permanentní močový katétr

6.4. Zaveden z důvodu lepšího měření bilance tekutin. PMK číslo 14.

Katétr byl 8.4. zrušen a konec poslán na kultivaci a citlivost. (2, 1b, 3)

4.2.2 Farmakoterapie

Infúzní aplikace – do CŽK

- PV: Clinomel N 6 s vitamíny (1 amp. Soluvit, 1 amp. Vitalipid, 1 amp. Tracutil)
rychlostí 80 ml/hod
- 1000 ml fyziologického roztoku 80 ml/hod
-aplikováno pomocí infuzní pumpy kontinuálně
 - Kalium chloratum 7,45% rychlostí 8 ml/hod
-aplikováno pomocí injekčního dávkovače

Intravenózní aplikace:

Název léku	Generický název	i. v. Forma	Dávkování	Skupina	Nežádoucí účinky
Furosemid 20 mg	furosemidum	Injekční roztok	dle diurézy	diuretikum	zažívací obtíže, hypokalémie

Novalgin	metamizolum natricum monohydricum	Injekční roztok	při TT nad 38st.C	antipyretikum	možnost anurie, izolovaná hypotenze
----------	-----------------------------------	-----------------	-------------------	---------------	-------------------------------------

Antikoagulační terapie :

Název léku	Generický název	s. c. Forma	Dávkování	Skupina	Nežádoucí účinky
Fragmin 2500 j.	dalteparinum	Injekční roztok	6:00-18:00	antikoagulans	krvácivé projevy

Chronická farmakoterapie

Název léku	Forma	Dávkování	Skupina	Nežádoucí účinky
Biomín H	tablety	1 – 0 – 1	suplement minerálií,kalcia	zažívací obtíže
Rocartrol 0,25 mg	tablety	1 – 0 – 0	vitamin	-
Calcium Carbonikum	tablety	1-0-0	kalciový přípravek	alergie na pomocné látky
Verospiron	tablety	2-2-2	diuretikum draslík šetřící	bolest hlavy, zmatenost
Vitar soda 1g	tablety	2-2-2-2	jedlá soda	-
Acidum folicum	tablety	1-0-0	antianemikum,vitamin	-
Aktiferrin	tablety	1-1-1	antianemikum	zažívací potíže
Omeprazol 20 mg	tablety	1-0-1	antiulcerosum	bolest hlavy, zažívací obtíže
Pentasa 500 mg	tablety	2-2-2	intestinální antiflogistikum	zvracení, nevolnost
Imuran	tablety	1-0-0	imunosupresivum	-
Carbimazol	tablety	1-0-1	tyreostatikum	alergie v podobě kožních projevů

6.4.09 změny v ordinacích

- Kalium chloratum 7,45% rychlostí 4 ml/hod
-aplikováno pomocí injekčního dávkovače
- PV snížena na 65 ml/hod

7.4.09 změny v ordinacích

- Kalium chloratum 7,45% rychlostí 1 ml/hod
-aplikováno pomocí injekčního dávkovače
- 1000 ml fyziologického roztoku 40 ml/hod
-aplikováno pomocí infuzní pumpy kontinuálně

8.4.09 změny v ordinacích

- Furosemid 20 mg i. v. po 12 hod. 14:00- 2:00
- Helicid 40 mg/100 ml fyziologického roztoku po 12 hod. 12:00- 24:00
- **ATB 1,5 g Unasyn i. v. po 6 hod. 10:00- 16:00- 22:00- 4:00**
- 1000 ml fyziologického roztoku zvýšeno na 80 ml/hod
-aplikováno pomocí infuzní pumpy kontinuálně

9.4.09 změny v ordinacích

- Kalium chloratum 7,45% VYSAZENO
- 1000 ml fyziologického roztoku se 40 ml KCl 7,45% 80 ml/hod
-aplikováno pomocí infuzní pumpy kontinuálně (2)

4.2.3 Oxygenoterapie

Klientka měla saturaci kolem 98% po celou dobu hospitalizace. Nebylo třeba pacientce podávat kyslík. (1b, 2)

4.2.4 Dietoterapie

Pacientka měla od příjmu 5.4. povoleny pouze tekutiny.

Od 6.4. pacientka dostávala stravu dle svého vlastního výběru, ale s ohledy na její onemocnění. (2)

4.2.5 Pohybový režim

Od příjmu měla klientka volný pohyb v okolí lůžka.

Paní M. se mohla procházet po chodbě zcela sama, pouze v době aplikace parenterální výživy byla klientka omezena v pohybu stojanem, na kterém byly umístěny infuzní pumpy. Tehdy potřebovala pomoc ošetřujícího personálu.

(2)

4.2.6 Fyzioterapie

Každý den byla v dopoledních hodinách prováděna fyzioterapie alespoň půl hodiny. Chůze po chodbě, nejdříve se sestrou, později byla pacientka samostatná.

(2)

5. Stručný průběh hospitalizace

Paní M. byla plánovaně přijata na JIP interního oddělení Thomayerovi nemocnice dne 5.4.2009. Pacientka byla přijata k parenterální výživě a přípravě na domácí parenterální výživu.

Pacientce byl zaveden CŽK. Nasazena parenterální výživa. V den příjmu byl pacientce povolen pouze příjem tekutin, od 6.4. byla nasazena výběrová dieta. Po celou dobu hospitalizace byly pacientce monitorovány FF.

Z důvodu nutnosti měření výdeje byl u klientky zaveden PMK. Diuréza byla sledována v 4 hodinových intervalech.

9.4. byl klientce zaveden Broviacův katétr, který je prozatím zajištěn GMT můstkem a nepoužívá se. Po zacvičení klientky v aplikaci parenterální výživy do CŽK, bude CŽK odstraněn a výživa se bude podávat do Broviacova katétru. V průběhu příštího týdne je plánované propuštění klientky do domácí péče.

C. Ošetřovatelská část

1. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacientky

1.1 Subjektivní náhled na hospitalizaci

Subjektivní náhled pacientky na nemoc a hospitalizaci a objektivní hodnocení sestrou

Pacientce byla Crohnova choroba diagnostikována již v roce 1989. Od té doby pacientčina choroba prochází klidovými fázemi a opakovaným vzplanutím nemoci. Klientka prodělala již několik operačních výkonů na střevech. K dnešnímu datu je zachováno pouze 70 cm tenkého střeva. Klientka trpí syndromem krátkého střeva. Klientku velice trápí její velká podvýživa, která je způsobena její diagnózou. Souhlasila s přijetím na naši jednotku intenzivní péče, kde ji bude aplikován Broviacův katétr a zavedena DPV. Po propuštění do domácí péče očekává, že bude mít více energie na svá vnoučata i na všední denní činnosti.

Paní M. je o své diagnóze informována a přeje si, aby jí nebyly zatajovány žádné informace, a aby byla o všem včas a vhodně informována. (1a)

1.2 Základní somatické potřeby

1.2.1 Dýchání

Před hospitalizací: Pacientka si z dob dětství nevybavuje vážnější problémy s dýcháním. Problémy se začaly objevovat až v roce 2007, kdy klientka prodělala plicní embolii. Klientka od té doby občasně trpí námahovou dušností. Momentálně je bez problémů, má pouze pohotovostní léky. Paní M. je od roku 2007 nekuřáčkou. Do té doby cca 15 cigaret denně od patnácti let věku.

Během hospitalizace: Pacientka přijata se spontánní ventilací. Frekvence dechu je pravidelná. Dýchání je převážně hrudní. Dušná není.

Skiografie hrudníku z 5.4.09 bez patologického nálezu. (1a, 1b, 2,3)

1.2.2 Hydratace

Před hospitalizací: Doma pacientka pila dostatečně, zhruba 2- 3 litry denně. Nejraději pije vodu s pomerančovou šťávou, nealkoholické nápoje, ovocné džusy, neperlivou vodu. Nepije alkoholické nápoje, pouze zcela vyjímečně si připije na rodinné oslavě. Nekonzumuje kávu ani jiné kofeinové potraviny.

Během hospitalizace: Pacientka je přijata jako dehydratovaná. Nedostatečný kožní turgor, oschlé bukalní sliznice, suchý jazyk, popraskané rty. Bulby nejsou zapadlé, podpaží je vlhké. Paní M. je bez otoků dolních končetin. (1a, 1b, 2, 3)

1.2.3 Výživa

Před hospitalizací: Paní M. se pokládá za výbornou kuchařku. Vaří velice ráda a doufá, že i dobře. Uvědomuje si, že nemá přiměřenou váhu a doufá, že díky DPV se její váha do budoucna zvýší. Když jsem se ptala na jídlo, které nemá ráda, uvedla koprovou a rajskou omáčku. Nejraději vaří a jí maso, z příloh zeleninu. Klientka nedodržuje žádnou dietu. Ve stravování není vybíravá. Dává přednost lehčí nenadýmavé stravě. Nechutenstvím netrpí. Za poslední rok vzhledem k chorobě opět ubyla na vázu skoro deset kilo.

Během hospitalizace: BMI je 15,2. Při přijetí byla klientka, vzhledem k zdravotnímu stavu, velice hubená. Měla propadlé tváře a působila velice slabě. V průběhu hospitalizace byla klientce objednávána výběrová dieta, která pacientce vyhovuje.

Klientka nemá zubní náhrady, chrup je v pořádku a funkční. Klientka se stravuje vsedě v lůžku, má k dispozici jídelní stůl. Ve stravování je soběstačná. **Bilanci příjmu živin příkládám v příloze č. 8.** (1a, 1b, 2)

1.2.4 Vyprazdňování stolice

Před hospitalizací: Paní M. má již několik let problémy s vyprazdňováním, vzhledem k syndromu krátkého střeva je nucena navštěvovat toaletu několikrát za den. Četnost stolic je odvozena od právě požitých stravy. Klientka udává dny, kdy je nucena toaletu navštívit i třikrát během hodiny.

Během hospitalizace: Klientka má jejunorektoanastomózu, díky které navštěvuje toaletu skoro každou hodinu. Stolice je objemná, řídká, zpeněná, žlutavé barvy. Její vyprazdňování také ovlivňuje vlastní onemocnění (Crohnova nemoc), pacientka má zrychlenou peristaltiku.

Vyprazdňování moči

Před hospitalizací: Dle slov pacientky, nemá potíže s močením, udává častější močení z důvodu celkově větší návštěvnosti toalety, vzhledem k syndromu krátkého střeva. Řezání ani pálení při močení nepociťovala. Neudává problémy s inkontinencí.

Během hospitalizace: Při hospitalizaci byl zaveden klientce PMK číslo 14, z důvodu pohybového režimu a sledování bilance tekutin pro dehydrataci. Katétr byl 8.4.09 vytáhnout a jeho konec byl poslán na kultivaci a citlivost. **Bilanci tekutin příkládám v příloze č.9.** (1a, 1b, 2)

1.2.5 Spánek a odpočinek

Před hospitalizací: Pacientka doma spí ráda a pokud to jde, tak i dlouho. Pro potíže s častým navštěvováním toalety měla spánek přerušovaný. Po probuzení se cítila slabá a unavená. Doma spala zhruba 6 až 8 hodin. S usínáním pacientka problémy neměla.

Během hospitalizace: Klientka denně spí 6- 8 hodin. Někdy si přes den 1- 2 hodiny zdřímne. Na noční spánek a usínání to nemá vliv. V cizím prostředí netrpí poruchami spánku a odpočinku. Klientka je umístěna na čtyřlůžkovém

pokoji, lůžko má u okna, zdá se být spíše pohodlné, neudává žádný problém ohledně umístění lůžka. Z hypnotik má ordinován Hypnogen 1 tabletu na noc dle potřeby. (1a, 1b, 2, 3)

1.2.6 Teplo a pohodlí

Před hospitalizací: Klientka má raději teplejší prostředí. Doma si udržuje teplotu v pokoji kolem 25°C. Bydlí s manželem, takže není moc zvyklá na samotu, ale přesto má ráda, když má občas svoje soukromí a klid. Postel jí vyhovuje s tvrdší matrací.

Během hospitalizace: Na čtyřlůžkovém pokoji jí nižší teplota moc nevyhovuje, lůžko umístěné u okna jí nevadí. Lůžko se jí zdá být pohodlné, s pohodlnou matrací. Klientka je zcela minimálně pohybově omezena v době aplikace výživy. Infuzní pumpy jsou přidělovány k pojízdnému stojanu, aby klientka měla pohyb omezen co nejméně.

Dne 7.4.- 9.4.2009 tělesná teplota dosahovala u klientky zvýšených hodnot (37,5°C, 38°C) pouze v nočních hodinách. Klientka si nestěžovala na žádné potíže způsobené zvýšenou teplotou, jen občas vypadala opoceně. Klientce byla podána antipyretika i. v. a byla ordinována ATB léčba. (1a, 1b)

1.2.7 Bolest

Před hospitalizací: Vzhledem k častým operačním řešením zdravotního stavu, je paní M. přesvědčena, že je na bolest již zvyklá. Také má pocit, že její práh bolesti je vyšší než býval v mládí. Na poslední bolest si už skoro nevzpomíná.

Během hospitalizace: Pacientka po přijetí na oddělení neudává bolest. Bolest byla v průběhu hospitalizace pravidelně sledována.

Hodnocení bolesti – příloha č. 10. (1a, 2)

1.2.8 Osobní hygiena a stav kůže

Před hospitalizací: Klientka byla doma absolutně soběstačná. Dávala přednost sprchování před koupelí. Sprchovala se denně, většinou ve večerních hodinách. Z důvodu pocitu suché kůže používá klientka pravidelně tělové mléko. Na jizvy po předešlých prodělaných výkonech používala Indulonové krémy.

Během hospitalizace: Klientka je zcela soběstačná v osobní hygieně. Každé ráno navštěvuje sprchu.

Kůže je při přijetí suchá, nepoškozená. Klientka nemá žádné dekubity, opruzeniny, vyrážky, ekzémy, hematomy a podobně, pouze staré zhojené jizvy po předešlých břišních operacích. Dne 5.4.2009 byl klientce zaveden centrální žilní katétr. Kanyla je plně funkční bez známek infekce. Po celém těle jsou na různých místech vidět stařecké skvrny (depigmentace). (1a, 1b, 3)

1.2.9 Sexuální potřeby

Před hospitalizací: Pacientka žije se svým manželem. Dle slov klientky je jejich vztah kvalitní, plně naplněn.

Během hospitalizace: Paní M. je s manželem v kontaktu přes mobilní telefon. Jednou týdně ji navštěvuje spolu se syny. (1a)

1.2.10 Tělesná a duševní aktivita

Před hospitalizací: Paní M. byla zvyklá žít velice aktivním životem. Bohužel postupem let jak si Crohnova choroba vyžadovala nové operační zákroky, se život paní M. výrazně změnil. Spousty svých aktivit se pro nedostatek energie musela vzdát. Dnes má radost z procházky, pobytí na zahradě a vyhřívání se na sluníčku. Volný čas tráví se svou rodinou, s manželem, syny a vnoučaty. Večer si ráda pouští televizní přijímač.

Během hospitalizace: Pacientka je vzhledem k syndromu krátkého střeva a velké podvýživě velice unavená. Po přijetí na oddělení je spíše spavá. Nevyhledává kontakt spolupacientů. (1a,1b)

1.3 Psychosociální potřeby

1.3.1 Bezpečí a jistota

Klientka má přirozené obavy z hospitalizace, očekává od hospitalizace zlepšení zdravotního stavu, nečeká však úplné navrácení zdraví. 57 letá klientka byla při přijetí seznámena s chodem oddělení. Klientka má obavy o svůj zdravotní stav. K ošetrovatelskému personálu si během prvního dne ošetřování vytvořila důvěru. Návštěvy má jednou týdně. Bydlí s manželem v malém rodinném domku, příbuzní bydlí daleko, takže se s nimi moc nestýká. Má obavy po propuštění, jestli se bude schopna sama o sebe postarat, doteď si byla schopna obstarat všechny věci sama bez cizí pomoci, občas pomáhá manžel. Nechce být nikomu na obtíž. (1a, 1b)

1.3.2 Zdraví

Pacientka před hospitalizací žila velmi klidným životem. Ač měla spoustu omezení vzhledem k prodělaným onemocněním. Její životní styl byl poslední dobou příkladný a velice klidný. K lékaři docházela pravidelně. Od začátku si přála být o prognóze i případných komplikacích informována. Má svůj život ráda a ráda by byla v dobrém zdravotním stavu s ohledem na již diagnostikovaná onemocnění. Závažnost svých onemocnění si uvědomuje. Ráda by přibrala a zlepšila svou imunitu. Je přesvědčena, že po svém propuštění radikálně změní životní tempo a bude o své zdraví dobře pečovat. Doufá, že DPV ji umožní se vrátit k některým aktivitám, na které nyní nemá dost energie. (1a)

1.3.3 Soběstačnost

Před hospitalizací: Pacientka byla před hospitalizací zcela soběstačná, nosila brýle. V nemocnici byla již mnohokrát a po chirurgických výkonech většinou potřebovala nějakou dobu pomoc okolí. Po rekonvalescenci vždy nabyla plné soběstačnosti.

Během hospitalizace: Paní M. je přijata jako soběstačná. Nejsou plánovány žádné výkony, které by mohly tento stav změnit. Klientka je nesoběstačná pouze v podávání PV, ale po zaučení je předpoklad soběstačnosti i v této činnosti. **příloha č.11.** (1a)

1.3.4 Sociální a ekonomické jistoty

Vzhledem k pacientčině profesi neměli s manželem nikdy přebytek financí. Postavili si rodinný domek a snažili se šetřit do důchodu. Klientka má velmi kladný vztah k vlastním dětem, které se o své rodiče chtějí postarat, prozatím to nebylo nutné, paní M. byla až do této doby zcela samostatná a s manželem zatím vždy vše zvládli. Prozatím neví, co budoucnost přinese, ale myslí si, že to s manželem zvládnou bez větších problémů. (1a)

1.3.5 Adaptace na prostředí a nemoc

Pacientka se dobře adaptovala na nemocniční prostředí. O všem byla informována. Byla ji dostatečně vysvětlena DPV a způsob zavedení Broviac katétru. Měla možnost prostudovat materiál o DPV dostupný na oddělení. Byl dostatek prostoru pro pacientčiny dotazy. (1a)

1.3.6 Potřeba lásky

Před hospitalizací: Paní M. má velice hezký vztah se svým manželem. Co je klientka v ID, tráví s manželem většinu dne. Málokdy jsou odloučení. Mají společné zájmy a oba se v poslední době nejvíce věnují svým vnoučatům.

Během hospitalizace: Klientka je v kontaktu s rodinou a manželem přes mobilní telefon. S rodinou jsou dohodnuti na návštěvě jednou týdně, o víkendu. (1a, 1b)

1.3.7 Potřeba sounáležitosti

Pacientka má velice dobrý vztah se svou rodinou. Je velice družná, a tak se ráda schází se svými přáteli z okolí bydliště. Trochu ji chybí širší rodina, se kterou se, vzhledem k vzdálenosti bydliště, vidí jen ojedinele. (1a)

1.3.8 Sebeúcta a sebepojetí

Pacientka je velice vstřícná a milá, nezdá se, že by došlo k poruše její sebeúcty. I přes její onemocnění byla adaptovaná a smířená se svým stavem. Samozřejmě bylo cítit, že má strach z toho, zda se vše vydaří jak má, ale snažila se to nedávat najevo. (1a, 1b)

1.3.9 Seberealizace

Paní M. nemá ráda nudu, proto se snaží doma neustále něco dělat. Ráda chodí na procházky se svým manželem a vnoučaty. Po večerech, a pokud je špatné počasí, tráví večery ve společnosti manžela a televizního přijímače.

Po přijetí hodně odpočívá. Má trochu obavy jak zvládne DPV. Těší se však domů a na to, jak si bude užívat přítomnosti svých blízkých. (1a)

1.3.10 Duchovní potřeby

Klientka není věřící a do kostela nechodí. V nemocnici nevyžaduje přítomnost duchovního. Jediné důležité osoby v jejím životě jsou její manžel, děti a vnoučata, díky kterým je ráda na světě a může si i přes nynější potíže užívat života. Právě pro ně se chce, co nejvíce zapojit do běžného života. (1a)

1.3.11 Psychosociální hodnocení

Paní M. je velice příjemná žena. Klientka není úzkostná, dobře se adaptovala na nynější situaci, je emocionálně stabilní, je spíše extrovertní povahy. Působí velice vyrovnaným dojmem. Když jsem ji žádala, zda o ni budu moci napsat tuto práci, přijala to s úsměvem s tím, že je ráda, že si s ní někdo povídá. (1a, 1b)

2. Ošetřovatelské diagnózy

1. **Porucha vyprazdňování stolice** z důvodu vlastního onemocnění projevující se četností stolic a průjmem. (6.4.09)
2. **Snížená utilizace a resorpce potravy ve střevě** z důvodu syndromu krátkého střeva projevující se malnutricí. (6.4.09)
3. **Snížený objem tělesných tekutin** z důvodu četných průjmů projevující se dehydratací. (6.4.09)
4. **Porucha integrity kůže** z důvodu zavedení CŽK. (6.4.09)
5. **Potencionální riziko vzniku infekce v močových cestách** z důvodu zavedení PMK. (6.4.09)
6. **Strach** z plánovaného zavedení Broviac katétru a jeho obsluhy projevující se verbalizací. (7.4.09)
7. **Zvýšená tělesná teplota** z důvodu infektu projevující se opoceností, malátností. (8.4.09)
8. **Bolest** z důvodu zavedení Broviac katétru projevující se neverbálními projevy. (9.4.09)
9. **Změněné vnímání tělesného vzhledu** z důvodu zavedení Broviac katétru projevující se verbalizací. (10.4.09)

Diagnózy jsou řazeny podle časového sledu jejich vzniku.

3. Cíl, plán, realizace, hodnocení

3.1 Ošetrovatelská diagnóza: *Porucha vyprazdňování stolice z důvodu vlastního onemocnění projevující se četností stolic a průjmem.*

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka bude dostatečně informována o příčinách
- pacientka bude pít dostatečné množství tekutin
- pacientka bude dodržovat dostatečnou hygienu
- pacientka bude mít dostatek soukromí

Ošetrovatelský plán:

- zajistit dostatečnou informovanost pacientky o příčinách průjmu
- zajistit dostatek soukromí při vyprazdňování
- nabízet dostatek tekutin
- poskytnout pacientce možnost pravidelné hygieny

Realizace:

S pacientkou jsme probraly v den příjmu problémy s vyprazdňováním. Dohodly jsme se na opatřeních, které měly klientce poskytnout více soukromí. K lůžku byl na noc přistaven pokojový klozet. Přes den navštěvovala Paní M. toaletu. Probraly jsme s klientkou možnost častější návštěvy sprchy, která zajistila dostatečnou hygienu konečníku. Paní M. byla upozorněna na nutnost dostatečného přijímání tekutin. Několikrát denně ji byly nabízeny nápoje.

Hodnocení:

- pacientka je dostatečně informována
- dle klientky má dostatek soukromí
- pacientka se snaží dostatečně přijímat tekutiny
- Paní M. využívá možnosti hygieny sprchou vícekrát denně
- cíl splněn

3.2 Ošetrovatelská diagnóza: Snížená utilizace a resorpce ve střevě z důvodu syndromu krátkého střeva projevující se malnutricí.

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka bude znát energetické hodnoty jednotlivých potravin
- pacientka bude schopna si zajistit dostatek základních potravin
- pacientka zvýší svoji hmotnost
- pacientka bude umět manipulovat s Broviac katétrem a podávat vaky s parenterální výživou

Ošetrovatelský plán:

- promluvit s pacientkou o jejích obavách, vhodně ji o všem informovat
- zajistit klidné vhodné prostředí – klid, vhodný čas na rozhovor
- zajistit klientce schůzku s dietní sestrou
- vysvětlit klientce způsob aplikace PV
- ukázat klientce aplikaci PV
- dát klientce dostatek prostoru pro otázky
- nechat klientku ředit vaky s PV a poté ji aplikovat do CŽK

Realizace:

S pacientkou jsme si povídali o všech jejích pocitech a obavách. Po domluvě si pacientka promluvila s dietní sestrou. Byla jí doporučena a poskytnuta literatura s PV k pročtení. První dny byly vaky s PV ředěny a připravovány před klientkou. Bylo odpovídáno na její dotazy. Později Paní M. zkoušela vaky ředit sama. Po zvládnutí přípravy byla paní M. vedena při aplikaci do CŽK.

Hodnocení:

- pacientka měla dostatek informací a materiálu o PV
- pacientka má představu o potravinách, které jsou pro ni nejvhodnější
- klientka umí připravit a aplikovat vak s PV, cíl splněn

3.3 Ošetrovatelská diagnóza: Snížený objem tělesných tekutin z důvodu četných průjmů projevující se dehydratací.

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka bude mít dostatek tekutin
- pacientka bude mít vyrovnanou bilanci tekutin
- pacientka bude mít dostatečně rozmanitý příjem tekutin

Ošetrovatelský plán:

- zajistit klientce dostatek tekutin
- připomínat klientce nutnost přijímat tekutiny
- nabízet klientce různé druhy tekutin

Realizace:

Pacientka byla po přijetí na oddělení mírně dehydratovaná. Při rozhovoru s Paní M. ji byla zdůrazněna nutnost příjmu dostatečného množství tekutin. Tekutiny ji byly nabízeny několikrát za hodinu. Klientka se snažila dodržovat pitný režim. Několikrát za den ji byl vařen jiný druh čaje pro zpestření pitného režimu a zabránění monotónnosti.

Hodnocení:

- pacientka má k dispozici dostatek tekutin
- klientka má dostatečný výběr tekutin
- klientka se velice snaží dodržovat pitný režim
- cíl splněn, nejsou známky dehydratace

3.4 Ošetrovateľská diagnóza: Porucha integrity kůže z důvodu zavedení CŽK.

Cíl ošetrovateľské péče:

- pacientka bude znát opatření jak zacházet s CŽK
- pacientka bude umět zacházet asepticky s pracovní částí katétru
- pacientka bude mít vždy dostatečně krytý vstup katétru do těla
- pacientka bude poučena o možnosti vzniku infekce

Ošetrovateľský plán:

- poskytnout pacientce dostatek informací o CŽK
- ukázat klientce jak zacházet s pracovní částí katétru
- sledovat případné projevy infekce
- naučit klientku převazovat vstup katétru
- vysvětlit klientce opatření s katétrech nutná při hygieně
- reagovat na dotazy pacientky

Realizace:

Pacientce byl vysvětlen postup zavedení CŽK. Jeho úloha a péče o něj. Katétr byl pravidelně převazován a jeho vstup byl kryt Inadinem. Pro možnost aplikace PV samotnou klientkou byla na katétr přidělena dlouhá spojovací hadička, která byla kryta bariérovým vstupem. Postupně byla klientce ukázána péče o katétr a Paní M. měla možnost si jednotlivé postupy vyzkoušet.

Hodnocení:

- u pacientky nedošlo k projevům infekce
- pacientka aktivně kladla dotazy týkající se péče o katétr
- pacientka zvládá péči o pracovní část katétru
- pacientka je poučena o možných komplikacích spojených se zavedením CŽK
- cíl splněn

3.5 Ošetrovatelská diagnóza: *Potencionální riziko vzniku infekce v močových cestách z důvodu zavedení PMK.*

Cíl ošetrovatelské péče:

- u pacientky nevznikne infekce
- pacientka bude mít dostatečnou hygienu genitálu
- u pacientky se bude sledovat bilance tekutin
- PMK bude u klientky průchozí a nepoškozen

Ošetrovatelský plán:

- aseptické zavedení PMK
- aseptické a šetrné ošetrování PMK
- pravidelná kontrola funkčnosti katétru
- spolupráce s klientkou při vyprazdňování stolice
- vhodná hygiena o PMK
- pravidelné sledování bilance tekutin

Realizace:

Pacientce byl každý den kontrolován PMK, jeho funkčnost, čistota. Klientka byla poučena o nutnosti zvýšené hygieny. Pravidelně byla sledována bilance tekutin. Klientce byl nabízen dostatek tekutin.

Hodnocení:

- u pacientky nedošlo k infekci močových cest
- pacientka udržovala PMK v čistotě
- u pacientky byla sledována bilance tekutin
- cíl splněn

3.6 Ošetřovatelská diagnóza: Strach z plánovaného zavedení Broviac katétru a jeho obsluhy projevující se verbalizací.

Cíl ošetřovatelské péče:

- pacientka nebude mít strach ze zavedení katétru
- pacientka bude mít dostatek informací o katétru a manipulaci s ním

Ošetřovatelský plán:

- poskytnout klientce dostatek informací
- poskytnout klientce dostatek času na zpracování informací a na případné dotazy
- dle možností ukázat klientce nezavedený katétr
- poskytnout ji rozhovor s klientem, který už katétr má
- nespěchat na klientku

Realizace:

Pacientce byly poskytnuty materiály k prostudování. Byl ji vysvětlen postup při zavádění katétru, jeho možná rizika a komplikace. Paní M. byl dohodnut a zprostředkován rozhovor s pacientem, který Broviac katétr má zaveden.

Hodnocení:

- pacientka má dostatek informací
- pacientka se cítí po rozhovoru s klientem klidnější
- cíl splněn

3.7 Ošetrovatelská diagnóza: Zvýšená tělesná teplota z důvodu infektu projevující se opoceností a malátností.

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka bude mít fyziologickou teplotu

Ošetrovatelský plán:

- monitorovat teplotu dle potřeby
- aplikovat antipyretika dle ordinace lékaře
- zajistit vhodnou teplotu okolního prostředí
- sledovat ostatní fyziologické funkce
- sledovat pocení a zajistit dostatečnou hydrataci pacientky

Realizace:

U pacientky jsme pozorovali zvýšenou teplotu v nočních hodinách. Aplikovali jsme analgetika a antipyretika dle ordinace lékaře. I přes teplé počasí byly pokoje přetápěny, a tak jsme často větrali místnost s ohledem na potřebu klientky a jejích spolupacientů.

Hodnocení:

- u pacientky došlo během pár dnů ke snížení tělesné teploty na fyziologickou normu.
- cíl splněn

3.8 Ošetrovatelská diagnóza: Bolest z důvodu zavedení Broviac katétru projevující se neverbálními projevy.

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka nebude pociťovat bolest

Ošetrovatelský plán:

- zajistit dostatečné tlumení bolesti podáváním analgetik dle ordinace lékaře

Realizace:

Pacientka byla po aplikaci katétru velice lítostivá, verbalizovala bolest na VŠB číslo 5. Lékařem byla rozepsána analgetika. Klientce jsem se snažila poskytnout dostatek odpočinku a zbytečně s ní daný den nemanipulovat.

Hodnocení:

- pacientka udávala po aplikaci analgetik zmírnění bolesti
- cíl částečně splněn

3.9 Ošetrovateľská diagnóza: Zmenené vnímanie telesného vzhľadu z dôvodu zavedení Broviac katétru prejavujúci sa verbalizáciou.

Cíl ošetrovateľskej péče:

- pacientka se naučí přijímat své tělo i s Broviac katétrem
- pacientka bude chápat nutnost zavedení katétru

Ošetrovateľský plán:

- zajistit dostatek prostoru pro rozhovor s klientkou
- snažit se klientce vysvětlit, že katétr není překážkou v dalším životě
- snažit se být klientce oporou

Realizace:

Klientka často zavedla hovor na to, jaký je nezvyk mít katétr součástí těla. Byla snaha klientku vyslechnout. Při rozhovoru byly hledány kladné stránky katétru.

Hodnocení:

- pacientka si bude muset na katétr ještě zvykat
- cíl nesplněn- dlouhodobé trvání

4. Edukace

Pacientka byla přijata k parenterální výživě a k přípravě na domácí parenterální výživu. Po přijetí na oddělení jí byl zaveden permanentní žilní katétr. Po ověření správného zavedení RTG snímkem, byl do katétru aplikován připravený vak parenterální výživy. Klientce byla vysvětlena nutnost zavedení centrálního žilního katétru i postup při zavádění. Byla upozorněna na případné komplikace a nutnou aseptiku při manipulaci s katétre. Do budoucna byl plánován zavést Broviac katétr pro lepší manipulaci během domácí parenterální výživy.

Paní M. byl poskytnut písemný materiál k prostudování. Byl jí poskytnut dostatek času na zpracování informací a zodpověděly se jí otázky.

Po teoretické přípravě byl klientce ukázán způsob, jakým otvírat a zacházet s vaky parenterální výživy. Byla jí předvedena manipulace. Po dostatečné přípravě byla paní M. schopna si dané úkony vyzkoušet. Při následných aplikacích si vaky klientka připravovala sama, pod dozorem sloužící sestry. Po zvládnutí přípravy byla paní M. ukázána manipulace s pracovní částí katétru a napojení výživy. Pacientka si opět později zkoušela napojení výživy sama, pod dozorem personálu.

Do tří dnů byla výživa plánována aplikovat do Broviac katétru, kde je aplikace stejná, jako u dosavadního CŽK. Byla dohodnuta smlouva s domácí péčí, která bude prozatím na aplikaci v domácím prostředí u Paní M. dohlížet.

V průběhu příštích dnů je plánován nácvik heparinové zátky.

5. Ošetrovatelský závěr a prognóza

Klientka je hospitalizována z důvodu aplikace parenterální výživy a přípravy na domácí parenterální výživu. U klientky je předpoklad, že její stav se bude nadále stabilizovat a klientka bude zvyšovat hmotnost. Její celkový zdravotní stav není příliš příznivý vzhledem ke Crohnově chorobě. V oblasti psychosociální se jeví klientka spokojena. Pokud bude důvěra v rodinu narůstat a najde v ní oporu, předpokládám větší úspěch v zlepšení zdravotního stavu. Dobrá péče o Broviac katétr jistě povede k vyvarování se hospitalizacím.

Z hlediska léčebně diagnostického byl udělán závěr. Nově naordinovaná parenterální výživa je dobře snášena a při dodržování léčebného režimu a pravidelném docházení na kontroly do ambulance Doc. K., by se neměl stav klientky zhoršovat, ale pouze zlepšit.

Sebereflexe:

Péče o tuto pacientku byla zajímavá. Měla jsem možnost projít s ní celou přípravu na domácí parenterální výživu, asistovat při zavádění Broviac katétru. Byla mi velice blízká svou odvahou a vůlí žít.

D. Zdroje informací

- 1) pacientka
 - a) rozhovor
 - b) pozorování
- 2) dokumentace
- 3) zdravotnický personál

E. Použitá literatura

1. ČERVINKOVÁ, E. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno, NCONZO, 2006 (187 s.). ISBN 57-861-06
2. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství*. Praha, Galén, ISBN 978-80-7262-430-0
3. KOHOUT, P. a PAVLÍČKOVÁ, J. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha, Forsapi, s.r.o, 2006. ISBN 80-903820-0-2
4. LUKÁŠ, K. *Doporučené postupy pro praktické lékaře-Crohnova choroba*. Triton ISBN 80-7254-181-1
5. MARILYNN E. DOENGES, MARY FRANCES MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha, Grada Publishing, spol.s.r.o. ISBN 80-247-0242-8
6. POVÝŠIL, C., ŠTEINER, I. *Speciální patologie*. Galén. ISBN 978-80-726-2494-2
7. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6 – Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno, NCONZO, 2004 (55 s.). ISBN 80-7013-323-6
8. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno, NCONZO, 2005 (186 s.). ISBN 80-7013-324-4

F. Přehled použitých zkratek

P - puls

TK - tlak krve

TT - tělesná teplota

l. sin. et dex. - lokalizováno vpravo a vlevo

FF - fyziologické funkce

BMI - body mass index (index tělesné hmotnosti)

PV - parenterální výživa

DPR - domácí parenterální výživa

FR - fyziologický roztok

JIP - jednotka intenzivní péče

VŠB - vizuální analogová škála bolesti

amp. - ampule

i. m. - intramuskulární podání léků

i. v. - intravenózní podání léků

s. c. - subkutánní podání léků

CŽK - centrální žilní katétr

PMK - permanentní močový katétr

GMT můstek - gentamycinový můstek

G. Přílohy

Příloha č.1 Vstupní ošetřovatelský záznam

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: *H.M.*

Oslovení: *Paní M.*

Pojišťovna: *MA*

Rodné číslo: *1*

Povolání: *RD*

Věk: *52*

Vzdělání: *základní*

Vyznání: *1*

Národnost: *ČR*

Adresa: *Pacice*

Osoba, kterou lze kontaktovat: *Manžel (tel. → dokumentace)*

Datum přijetí: *5.4.2008*

Hlavní důvod přijetí: *PV a příprava k DPV*

Lékařská diagnóza: *Chromová choroba
chronické selhání ledvin
plicní embolizace
Tyreotoxikóza
neuroitida podvýživa*

Jak je nemocný informován o své diagnóze? *Informována plně.*

Osobní anamnéza: *AA: Ø (otek, bratr, CMP), (Matka sdráha),
jinak běžné dětské nemoci
Menopauza,*

Rodinná anamnéza: *bydlí s manželem v domku + hospodářství,*

Vyšetření: *2 vnuky, 2 syny, základní rodinám*

Sono, RTG, EKG

Terapie: *Hemodialýza*

citr, PMK, Brouček k. vplánu, farmakologie

ATB - peniciliny, PV + chronická farm. → dokumentace

Nemocný má u sebe tyto léky:

nemá žádné

Je poučen, jak je má brát?

Obecná rizika:

od 2007 (15 denně)

nikotismus	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, kolik denně:
alkoholismus	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	
drogy	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho:
alergie	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, které:
	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, které:
	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, na co:

dekubity *nemá*
pneumonie *nemá*

Důležité informace o stavu nemocného: *BN1 15.2 podvýživa, dehydratace*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *štěpření stavu, pneumonie*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *genetická dispozice*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *omezila mě a krev*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *štěpření stavu, pneumonie, budu mít více energie*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *jozem vyklá*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *asi 14 dní*
7. Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu? *ano*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *ano*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte: *ne*

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):

soběstačnost

Komunikace:

- | | | | |
|-------------------|---|--------------|-------------------|
| • stav vědomí | <input checked="" type="checkbox"/> při vědomí | somnolence | kóma |
| • kontakt navázán | <input checked="" type="checkbox"/> rychle | s obtížemi | nenavázán |
| • komunikace | <input checked="" type="checkbox"/> bez problémů | bariéry | nekomunikuje |
| • spolupráce | <input checked="" type="checkbox"/> snaha spolupracovat | nedůvěřivost | odmítá spolupráci |

HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

1. Bolest a nepohodlí

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:
jak dlouho?
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá?
- ✓ Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)?
- ✓ Kde pociťujete bolest?
- ✓ Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?....
- * *mám strach ze bolesti B. kůže*

Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo): *pohodlné, neveselí se*
nepohodlí
charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):

2. Dýchání

- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: *občas*
- ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte:
jak jste je zvládal?
- ✓ Máte nyní potíže s dýcháním? *ano* *ne*
pokud ano, co by vám pomohlo?
- ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? *nevím* *ano* *ne*
pokud ano, zvládnete to?
- ✓ Kouříte? *mám exkuráča* *ano* *ne*
pokud ano, kolik? *(15 dní od 15 let do 2002)*

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.: *pravidelně*
klidně, bez fenoménů

3. Osobní péče

- ✓ Můžete si všechno udělat sám? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při mytí? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při čištění zubů? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? večer! každý

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: soběstačná, celá,
upravená!

4. Kůže

- ✓ Pozorujete změny na kůži? ano ne
- ✓ Máte obvyklou kůži? /suchou/ mastnou normální
- ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? teplem, mýdlo
- ✓ Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: bez defektů,
nebojím jizvy po předchozích hospitalizacích

5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
- Máte zubní protézu? /dobrý/ vadný
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? dolní horní /žádnou/
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
 - Pokud ano, ruší vás to při jídle? ano ne
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou vyšší (o kolik) /nižší o 15 kg
(o kolik)
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral:
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte? všechno
 - Je něco co nejíte? Proč? kaprovou a rajskou omáčku
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
 - Pokud ano, upřesněte:
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?
 - Pokud ano, upřesněte:
 - Co by mohlo problém vyřešit?
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ne
 - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: soběstačná,
podvýživa (B.M. 15,2)
↳ B.k. v plánu DPV

6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?
zvýšil snížil nezměnil
- ✓ Co rád pijete? ... vodu se šťávou
- ✓ Co nepijete rád? ... kávu
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? ... 2-3 l
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? ano ne

Objektivní hodnocení sestry:

projevy dehydratace: dehydratace

7. Vyprazdňování stolice

- ✓ Jak často chodíte obvykle na toaletu? ... někdy 2x do hodiny, jindy 3x denně
- ✓ Máte obvykle normální stolice
..... zácpu podle jídelníčku
..... příjem
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? po každém jídle
- ✓ Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil?
- ✓ Berete si projímadlo? nikdy příležitostně často pravidelně
✓ Máte nyní problémy se stolicí? ano ne
pokud ano, jak by se daly vyřešit: příjem

Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd.: příjem, objemné, ztužené,
..... zpěněné, pěchle,

8. Vyprazdňování moči

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte:
jak jste je zvládal?
- ✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?
- ✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ano ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

diuréza, barva atd.: bez problému, moč fyziologická

9. Lokomotorické funkce

- ✓ Máte potíže s chůzí? *ano* ne
 pokud ano, upřesněte:
 ✓ Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? *ano* ne
 pokud ano, upřesněte:
 ✓ Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? *ano* ne
 pokud ano, upřesněte:
 ✓ Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? *nevím* *ano* ne
 pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačná

10. Smyslové funkce

- ✓ Máte potíže se zrakem? *ano* ne
 pokud ano, upřesněte:
 ✓ Nosíte brýle? ano *ne*
 pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *ne*
 ✓ Slyšíte dobře? ano *ne*
 pokud ne, užíváte naslouchadlo? *ano* *ne*
 jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Objektivní hodnocení sestry:

*v poradku, komunikace bez
 problémů, sluch dobrý, brýle na čtení*

11. Fyzická a psychická aktivita

- ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *ID*
 ✓ Máte potíže pohybovat se v domácnosti? *ano* ne
 ✓ Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte:
 ✓ Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? ano *ne*
 ✓ Co děláte rád ve volném čase? *TV, procházky*
 ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? *čtení*
 ✓ Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *není třeba*

Objektivní hodnocení sestry:

fyzicky v pořádku, spíše unavená

12. Odpočinek a spánek

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? *8-10 hodin*
- ✓ Máte doma potíže se spánkem? *ano* *(ne)*
pokud ano, upřesněte: *časné probuzení na WC*
- ✓ Kolik hodin obvykle spíte? *8 h*
- ✓ Usínáte obvykle těžko? *ano* *(ne)*
- ✓ Budíte se příliš brzo? *ano* *(ne)*
pokud ano, upřesněte: *potřeba WC*
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže? *potřeba WC*
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? *ne*
- ✓ Berete doma léky na spaní? *ano* *(ne)*
pokud ano, které: *ne*
- ✓ Zdřímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? *někdy 2 hodiny*

Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.: *spíše unavená, často odpočívá*

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
ano *(ne)*
pokud ano, upřesněte: *ne*
- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
nepoloženo *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: *ne*

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného

14. Psychologické hodnocení

- **emocionalita** *stabilní* *spíše stabilní* *labilní*
 - **autoregulace** *dobře se ovládá* *hůře se ovládá*
 - **adaptabilita** *přizpůsobivý* *nepřizpůsobivý*
 - **příjem a uchování informací** *bez zkrácení* *zkráceně (neúplně)* *časté opakování*
 - **orientace** *orientován* *dezorientován*
 - **celkové ladění** *úzkostlivý* *smutný* *rozzlobený*
sklíčený *apatický*
- vyrovnaná*

15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete? ... manžel
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? ... manžel
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? ... já
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? ... žádný
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? ... ano
- ✓ Je na vás někdo závislý? ... ne
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? ... lépe
- ✓ Kdo se o vás může postarat? ... s. z. nemoc! ... manžel

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

... Dům se zahrádkou, hospodářství!

Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:

... Bojím se bolesti po rozvedení s. k.
... jak to bude vypadat a jít se o
... to nějaké starat.

16. Souhrnné hodnocení nemocného

Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči

... zohledněna, orientována, vyrozuměna,
... onem - znač. důvod k. z. p. tak sace
... toho

子

56

Příloha č.2 Tabulka č. 4 Přehled fyziologických funkcí z 5.4.09

	puls	SaO ₂	TK	TT
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11	příjem			
12	76	98	120/62	36,5
13	90	98	115/59	36,7
14	92	98	100/57	36,5
15	90	97	98/56	36,4
16	93	98	94/58	36,6
17	92	99	90/60	36,6
18	90	98	92/62	36,5
19	92	98	95/61	36,6
20	92	97	90/45	36,7
21	90	98	89/59	36,6
22	92	96	95/62	36,4
23	90	96	91/70	36,5
24	91	97	99/61	36,5

Příloha č.3 Tabulka č. 5 Přehled fyziologických funkcí z 6.4.09

	puls	SaO₂	TK	TT
01	92	96	99/61	36,6
02	90	97	88/60	36,6
03	92	97	99/72	36,5
04	91	96	94/64	36,6
05	90	97	90/59	36,6
06	94	96	93/61	36,2
07	95	97	100/60	36,5
08	93	96	98/61	36,4
09	89	98	99/62	36,4
10	91	97	100/60	36,7
11	94	98	102/56	36,6
12	93	99	105/60	36,5
13	93	98	106/63	36,7
14	92	98	111/65	36,3
15	93	96	110/62	36,4
16	94	97	115/60	36,6
17	92	97	117/62	36,6
18	93	98	113/66	36,5
19	95	98	126/68	36,6
20	94	96	122/70	36,9
21	95	98	116/66	36,9
22	93	99	108/63	37,3
23	97	97	107/65	37,2
24	102	98	98/59	37,2

Příloha č.4 Přehled fyziologických funkcí z 7.4.09

Puls v rozmezí od 98 do 120/minutu.

SaO₂ neklesla pod 98%.

TK stále spíše hypotenzní.

TT spíše subfebrilní

Příloha č.5 Přehled fyziologických funkcí z 8.4.09

Puls v rozmezí 120/minutu.

SaO₂ neklesla pod 97%.

TK normotenzní

TT v 22:00 dosáhla 38,4 stupňů celsia. (odběr hemokultur, aplikace Novalgin 1 ampule i.v.)

Příloha č.6 Přehled fyziologických funkcí z 9.4.09

Puls v rozmezí 120-130/minutu.

SaO₂ neklesla pod 95%.

TK normotenzní

TT kolem půlnoci stoupá z 36,6 na kterých se pohybovala přes den na 38 stupňů celsia(aplikován Novalgin 1 amp.i.v.). Po jedné hodině ráno opět klesá na 36,6 stupňů celsia.

Příloha č.7 Přehled fyziologických funkcí z 10.4.09

Puls v rozmezí 110/minutu.

SaO₂ neklesla pod 93%.

TK spíše hypotenzní

TT febrilní (aplikován Novalgin dle rozpisu lékaře), v ranní hodinách afebrilní.

B

Oddělení klinické výživy

BILANCE PŘÍJMU ŽIVIN



Klinika / oddělení: B3 JIP

[illegible]

© MUDr. Milan Černík

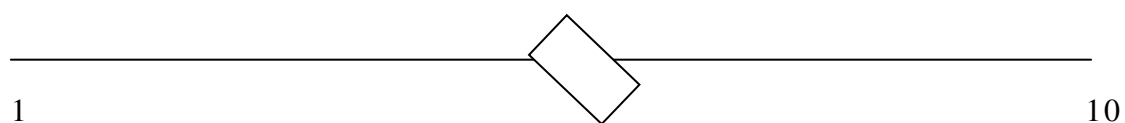
Příloha č.9

Balance tekutin od 6:00 do 6:00 následujícího dne

<u>Datum</u>	<u>Příjem i.v.</u>	<u>Příjem p.o.</u>	<u>Výdej</u>
5.4.	1 200	2 050	3 460
6.4.	3 135	4 200	3 450
7.4.	2 582	3 500	4 100
8.4.	2 661	3 700	4 300
9.4.	2 998	3 150	3 720
10.4.	3 532	3 700	3 040

Příloha č.10

Hodnocení bolesti klientkou v den zavedení Broviac k.



Příloha č.11

Soběstačnost

Barthelův test základních všedních činností ADL

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre	
		5.4.	7.4.
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	<u>10</u>	<u>10</u>
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	<u>10</u>	<u>10</u>
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	<u>5</u>	<u>5</u>
	neprovede	0	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo	<u>5</u>	<u>5</u>
	s pomocí	0	0
	neprovede		
5. kontinence moči	plně kontinentní	<u>10</u>	<u>10</u>
	občas inkontinentní	5	5
	inkontinentní	0	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	<u>10</u>	<u>10</u>
	občas inkontinentní	5	5
	inkontinentní	0	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	<u>10</u>	<u>10</u>
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	<u>15</u>	<u>15</u>
	s malou pomocí	10	10
	vydrží sedět	5	5

	neprovede	0	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	<u>15</u>	<u>15</u>
	s pomocí 50 m	10	10
	na vozíku 50 m	5	5
	neprovede	0	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	<u>10</u>	<u>10</u>
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0

5.4. Celkem bodů: 100 b

0 – 40 bodů vysoce závislý
45 – 60 bodů závislost středního stupně
65 – 95 bodů lehká závislost
100 bodů nezávislý

9.4. Celkem bodů: 100 b

0 – 40 bodů vysoce závislý
45 – 60 bodů závislost středního stupně
65 – 95 bodů lehká závislost
100 bodů nezávislý

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V Praze dne

jméno a příjmení zájemce

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 13.5.2009

Podpis autora závěrečné práce

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno	Ústav / pracoviště	Datum	Podpis